

ARIEL FREIBERG, ADV

אריאל פרייברג, עו"ד

7 ABA HILLEL ST (SILVER BUILDING)
RAMAT GAN, 5252204
Tel 03-7412358, Fax2mail 077-3180983

רחוב אבא הלל 7 (בית סילבר)
רמת גן 5252204
טל' 03-7412358 פקס - 077
3180983

16.9.20

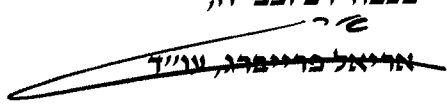
לכבוד
הקרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים - קרנית
מחלקת תביעות חובה
באמצעות דוא"ל: tviot@karnit.co.il
מ.ל.ב.
לצרכי מו"מ לפרשה בלבד

ח.נ.,

הנדון: תאונה מיום 2.7.18
הפוגע: מושל הרצל יהודה, ת.ז. 66748237
הנפגע: ג'ורג' בלאסני, ת.ז. 203764535
מס' תביעה: 331296

מצ"ב טופס וס"ר חתום על ידי מרשי.

בכבוד רב ובב"ח,


אריאל פרייברג, עו"ד

מס' תביעה: 331296

מס' נא: 1

הנדון: כתב ויתור על סודיות – בגיר

1. אני החתום-מטה כלאסני ג'ורג' ת.ו. 203764535 נותן/נות בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי ו/או פסיכיאטרי ו/או קופת חולים ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או לשירות בתי הסוהר ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הביטחון ו/או למשרד הרווחה ו/או למשרד החינוך ו/או ל"ניטלי" חסיבת חינוך והדרכה ו/או לשירות הפסיכולוגי ו/או למשרד הבריאות ו/או כל קרן פנסיה ו/או משרד האוצר ונציגי שואה שיקום ונכים ו/או הלשכה לפיצויים אישיים ו/או ועדת תביעות ו/או הקרן לרווחה לנפגעי השואה בישראל למסור ל"קרנית" - קרן לפיצוי נפגעי תאונות דרכים, בא כוחה או שלוחה או החייב עפ"י החוק (להלן: "**המבקשים**") את כל המסמכים והפרטים ללא יוצא מהכלל ובאופן שידרשו מבקשים המתניחים למצבי הבריאותי ו/או הפסיכיאטרי ו/או הנפשי ו/או הסוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או על הישגי בלימודים ו/או על כל מחלה שחלתה בה בעבר או שאני חולה בה כעת כולל כרטיס טיפת חלב. כמו כן אני נותן/נות רשות לכל אחת מהחברות הביטוח למסור למבקשים כל מסמך רפואי או אחר ו/או כל מסמך, ו/או מידע המתניחם הן לביטוחים והן לתביעות מכל סוג ו/או לתאונות קודמות ו/או מאוחרות שעברתי כולל מצב חתביעה, סמם הסילוק ומעוד.
2. אני משחרר/ת בזה את המבקשים ואת כל הגורמים המנויים בפסקה 1. לעיל לרבות כל רופא מרופאיהם ו/או כל עובד מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם ו/או כל אגף מאגפיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או הפסיכיאטרי ו/או השיקומי ו/או הרווחה ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ו/או הישגי בלימודים ומתירה/ה להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצלם כולל מידע או מסמך על שירותים המסופקים לי על ידם ועל תשלומים ששולמו ומשולמים לי על ידם, לרבות מידע או מסמך על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי ו/או משרד הביטחון שילם ומשלם לי. ויתור זה חל גם על כל רשימות הרופאים שטפלו בי המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות הנ"ל.
3. הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהיה לי אליהם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

שם הנפגעת/ת (פרטי ומשפחה): גיל בלמן
שם האב: מאיר
שם קודם/שם נעורים:
כתובת עדכנית: אל גליל 16
כתובת מגורים קודמת: סיב
מס' אישי בצה"ל:
קופ"ח בה הנני חבר בחווה: מכבי
סניף: דגל סיב
קופ"ח בה הייתי חבר בעבר:
רופא משפחה:
רופא:
רופא:
שם בייס יסודי:
ישוב:
שם בייס תיכון:
ישוב:
ביח"ח בו נולדתי:
תאריך עלייה:
16/09/2020
תאריך*
חתימת הנפגעת/ת

פרטי העד לחתימה (עו"ד, רופא, עו"ס, אחות, מסיכולוג, מורשה חתימה בבנק):

76.9.20

*תאריך

יו"ד אריאל פרייברג

62254-39447
הוֹתֵמֶת וְהוֹתֵמֶת

02250

מספר רישיון

מחנה כנען

□□□□

השדות המסומנים בכוכבית (*) הם שדות חובה. שים לב: לא ניתן לעשות שימוש בטופס בו לא מולאו כל שדות החובה.
יש למלא בהקפדה את כל המדטים הרלוונטיים ולהמציא טופס הנוסע במקור או כשהוא נושא אישור של עו"ד "העתק מתאים
למקור".